

ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00290 vom 29. Mai 2015

ZH Sozialversicherungsgericht, 2015-05-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_UV.2012.00290

FR: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00290 du 29 mai 2015

IT: ZH_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT UV.2012.00290 del 29 maggio 2015

Erwägungen

E. 1

Die 1961 geborene X.____, ohne berufliche Ausbildung, verheiratet und Mutter von vier erwachsenen Kindern, war ab 1. April 1996 mit einem Beschäftigungsgrad von 70 % im Hausdienst des Spitals Y.____ angestellt, als sie am 28. April 2010 auf einem Fussgängerstreifen von einem Personewagen angefahren und verletzt wurde

(Urk. 12/1). Die AXA Versicherungen AG als für das Ereignis zuständiger Unfallversicherer kam für die Heilbehandlung auf und erbrachte Taggelder. Gestützt auf das von ihr eingeholte interdisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle Z.____ vom 8. August 2011 (Urk. 13/M48 a) verfügte sie am 10. Januar 2012 (Urk. 12/187) die Leistungseinstellung per 31. August 2011, welche sie auf Einsprache der Versicherten vom 9. Februar 2012 (Urk. 12/201) hin mit Entscheid vom 13. November 2012 (Urk. 2) bestätigte.

E. 1.1

Gemäss Art. 6 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung (UVG) werden soweit das Gesetz nichts anderes bestimmt - die Versicherungsleistungen bei Berufsunfällen, Nichtberufsunfällen und Berufskrankheiten gewährt (Abs. 1). Der Bundesrat kann Körperschädigungen, die den Folgen eines Unfalles ähnlich sind, in die Versicherung einbeziehen (Abs. 2). Ausserdem erbringt die Versicherung ihre Leistungen bei Schädigungen, die den Verunfallten bei der Heilbehandlung zugefügt werden (Abs. 3).

E. 1.2

Nach Art. 10 Abs. 1 UVG hat die versicherte Person Anspruch auf die zweckmässige Behandlung ihrer Unfallfolgen. Ist sie infolge des Unfalles

voll oder teilweise arbeitsunfähig, so steht ihr gemäss Art. 16 Abs. 1 UVG ein Taggeld zu. Wird sie infolge des Unfalles

zu mindestens 10 %

invalid (Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG]), so hat sie Anspruch auf eine Invalidenrente (Art. 18 Abs. 1 UVG). Der Rentenanspruch entsteht, wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind. Mit dem Rentenbeginn fallen die Heilbehandlung und die Taggeldleistungen dahin (Art. 19 Abs. 1 UVG). Sodann hat die versicherte Person nach Art. 24 Abs. 1 UVG Anspruch auf eine angemessene Integritätsentschädigung, wenn sie durch den Unfall eine dauernde

erhebliche Schädigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Integrität erleidet.

E. 1.3

Die Leistungspflicht eines Unfallversicherers gemäss UVG setzt zunächst voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden (Krankheit, Invalidität, Tod) ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht. Ursachen im Sinne des natürlichen Kausalzusammenhangs sind alle Umstände, ohne deren Vorhandensein der eingetretene Erfolg nicht als eingetreten oder nicht als in der gleichen Weise beziehungsweise nicht zur gleichen Zeit eingetreten gedacht werden kann. Entsprechend dieser Umschreibung ist für die Bejahung des natürlichen Kausalzusammenhangs nicht erforderlich, dass ein Unfall die alleinige oder unmittelbare Ursache gesundheitlicher Störungen ist; es genügt, dass das schädigende Ereignis zusammen mit anderen Bedingungen die körperliche oder geistige Integrität der versicherten Person beeinträchtigt hat, der Unfall mit anderen Worten nicht weggedacht werden kann, ohne dass auch die eingetretene gesundheitliche Störung entfiel (BGE 129 V 177 E. 3.1, 402 E. 4.3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). Ob zwischen einem schädigenden Ereignis und einer gesundheitlichen Störung ein natürlicher Kausalzusammenhang besteht, ist eine Tatfrage, worüber die Verwaltung beziehungsweise im Beschwerdefall das Gericht im Rahmen der ihm obliegenden Beweiswürdigung nach dem im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu befinden hat. Die blosser Möglichkeit eines Zusammenhangs genügt für die Begründung eines Leistungsanspruches nicht (BGE 129 V 177 E. 3.1, 119 V 335 E. 1, 118 V 286 E. 1b, je mit Hinweisen). 1.4.1.4.1

Die Leistungspflicht des Unfallversicherers setzt im Weiteren voraus, dass zwischen dem Unfallereignis und dem eingetretenen Schaden ein adäquater Kausalzusammenhang besteht. Nach der Rechtsprechung hat ein Ereignis dann als adäquate Ursache eines Erfolges zu gelten, wenn es nach dem gewöhnlichen Lauf der Dinge und nach der allgemeinen Lebenserfahrung an sich geeignet ist, einen Erfolg von der Art des eingetretenen herbeizuführen, der Eintritt dieses Erfolges also durch das Ereignis allgemein als begünstigt erscheint (BGE 129 V 177 E. 3.2, 405 E. 2.2, 125 V 456 E. 5a). 1.4.2

Die Adäquanz als rechtliche Eingrenzung der sich aus dem natürlichen Kausalzusammenhang ergebenden Haftung des Unfallversicherers spielt im Bereich organisch objektiv ausgewiesener Unfallfolgen praktisch keine Rolle, da sich hier die adäquate weitgehend mit der natürlichen Kausalität deckt (BGE 134 V 109 E. 2; 127 V 102 E. 5b/bb). Sind die geklagten Beschwerden natürlich unfallkausal, aber nicht organisch objektiv ausgewiesen, so ist die Adäquanz besonders zu prüfen. Dabei ist vom augenfälligen Geschehensablauf auszugehen, und es sind gegebenenfalls weitere unfallbezogene Kriterien einzu beziehen (BGE 134 V 109 E. 2.1). Hat die versicherte Person beim Unfall eine Verletzung erlitten, welche die Anwendung der sogenannten Schläudertrauma-Rechtsprechung rechtfertigt, so sind hierbei die in BGE 117 V 359 E. 6a begründeten und in BGE 134 V 109 E. 10 präzisierten Kriterien massgebend. Ist diese Rechtsprechung nicht anwendbar, so sind grundsätzlich die Adäquanzkriterien, welche für psychische Fehlentwicklungen nach einem Unfall entwickelt wurden (BGE 115 V 133 E. 6c/aa; so genannte Psycho-Praxis), anzuwenden (BGE 134 V 109 E. 2.1; zum Ganzen vgl. BGE 138 V 248 E. 4; vgl. auch BGE 140 V 356 E. 3.2). 2.

E. 2

Es sei die psychotherapeutische/psychiatrische, physiotherapeutische und somatische Heilbehandlung fortzusetzen und der Beschwerdeführerin UV Leistungen (Behandlungskosten und Taggelder) weiterhin zu gewähren.

E. 2.1

Streitig und zu prüfen ist die Einstellung der Leistungen der obligatorischen Unfallversicherung per 31. August 2011.

E. 2.2

Dem hielt die Beschwerdeführerin entgegen, Ende August 2011 sei der medizinische Endzustand noch nicht erreicht gewesen. Die Beschwerdeführerin habe diesbezüglich zu Unrecht auf die nicht nachvollziehbaren und widersprüchlichen gutachterlichen Feststellungen abgestellt und keine weiteren differential diagnostischen Abklärungen getätigt (Urk. 1 S. 8 ff.). Das Z.____ - Gutachten sei in einzelnen Disziplinen unvollständig und lasse zudem entscheidungsrelevante medizinische Abklärungen im Bereich der Zahnmedizin, Psychiatrie, Neurologie und Endokrinologie vermissen (S. 12 ff.). Falls das Gericht einen medizinischen Endzustand bejahe und weitere Abklärungen nicht als erforderlich erachte, so sei ihr auf der Basis der medizinischen Erhebungen der behandelnden psychiatrischen und neurologischen Fachpersonen eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung zuzusprechen, da die psychischen und somatischen Beschwerden in einem natürlichen und adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfall stünden (S. 21 ff.). 3.

E. 3

Es seien weitere medizinische Abklärungen in folgenden Bereichen vorzunehmen: • psychiatrisches Gutachten, • zahnmedizinisches Gutachten und • betreffend somatischer Beschwerden: – Läsion des Nervus peroneus rechts – paramediane thorakale Diskushernie 3/4 beziehungsweise 2/3 – Schilddrüsenunterfunktion, zzgl. Fortsetzung der UV Leistungen (Behandlungskosten und Taggelder)

E. 3.1

7

Am 7. Dezember 2011 (Urk. 13/M55) erging eine ergänzende Stellungnahme der Sachverständigen der Gutachterstelle Z.____, nachdem die Beschwerdeführerin deren Expertise am 7. und 25. Oktober 2011 (Urk. 12/162, Urk. 12/167) in verschiedener Hinsicht kritisiert hatte. 3. 1 8

Am 14. Februar 2012 wurde das Osteosynthesematerial im Bereich des rechten Unterschenkels (Tibiamarknagel) im Rahmen eines stationären Aufenthalts im Spital A.____

entfernt (Operationsbericht vom selben Datum [Urk. 13/M60]). Nach einem komplikationslosen intra- und postoperativen Verlauf wurde die Beschwerdeführerin drei Tage später bei erlaubter Vollbelastung entlassen (Austrittsbericht vom 17. Februar 2012 [Urk. 13/M61]). 3. 1 9

Am 30. April 2012 (Urk. 13/M65) berichtete Dr. med. dent. O.____

über die zahnärztliche Behandlung der Beschwerdeführerin, welche am 13. August 2010 erstmals in seiner Praxis vorstellig geworden sei, weil die Prothese seit einem (nicht näher

um schrieben) Unfall nicht mehr gepasst habe . Dabei nahm

der behandelnde Zahnarzt im Einzelnen zur Unfallkausalität Stellung , wobei er diese grösstenteils verneinte und vereinzelt eine Verursachung durch einen Unfall als möglich respektive wahrscheinlich erachtete. 3.

E. 3.3

In der Folge

hielt sich die Beschwerdeführerin vom 10. Mai bis 7. Juni 2010 in der Klinik B.____ auf , wo sie gemäss Aus trittsbericht vom 9. Juni 2010 (Urk. 13/M10) verschiedene Therapien absolvierte und den Umgang mit Gehstö cken erlernte. Bei Austritt sei sie „Klinik mobil“ gewesen, wobei das Treppen steigen nur im Beisein einer fokussierenden Person gelungen sei. Von Seiten der Schädelbasis-Fraktur hätten sich keine Komplikationen ergeben.

E. 3.4

Daraufhin erfolgten regelmässige K ontrollen im Spital A.____ (Urk. 13/M11, Urk. 13/M16), de ss en Ärzte am 6. Oktober 2010 im Rahmen eines ambulant durchgeführten Eingriffs das Osteosynthesematerial (Titannagel) im Bereich der vollständig konsolidierten Cla viculafraktur entfernt en und eine sofortige Voll belas tung erlaubt en (Urk. 13/M18). 3.

E. 3.12

Dr. med. J.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie und be ratender Arzt der Beschwerdegegnerin, nahm am 13. April 2011 (Urk. 13/M39) zur Ein schätzung von Dr. F.____

(vgl. E. 3.10 hiervor) Stellung .

Er erachtete diese hin sichtlich Diagnosestellung und Therapie als nicht nachvollziehbar und befand, die Unfallkausalität der psychischen Beschwerden sei fraglich respektive eher unwahrscheinlich. 3. 1 3

Anlässlich der Verlaufskontrolle im Spital A.____ vom 23. Mai 2011 (Bericht vom 25. Mai 2011 [Urk. 13/M44]) war laut Einschätzung des zuständigen Ober arztes von Seiten des rechten Unterschenkels ein Jahr postoperativ rein klinisch ein gutes Ergebnis zu verzeichnen. Die Metallentfernung könne

in einem halben Jahr erfolgen und d er Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess sei dringend anzu streben. 3. 1 4

Die Sachverständigen der Gutachterstelle Z.____ , namentlich Dr. med. K.____ , Facharzt für Chirurgie, Dr. med. L.____ , Facharzt für Neurologie, Prof. Dr. med. M.____ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. N.____ , Fach arzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stell ten

im von der Beschwerdegegnerin eingeholten interdisziplinären Gutach ten vom 8. August 2011 die folgenden Diagnosen (Urk. 13/M48 a S. 53 f.): - Status nach Schädeltrauma am 28. April 2010 mit temporo-basaler Schädelfraktur links mit Jochbeinfraktur links , Sphenoidfraktur, lateraler Orbitawandfraktur - mögliche, jedoch nicht überwiege nd wahrscheinliche leichte Com m o tio cerebri - Kopfschmerz vom Spannungstyp (differentialdiagnostisch im Rahmen der psychosozialen Belastungen beziehungsweise

durch Medikamentenmissbrauch) - unklarer Schwindel (differentialdiagnostisch phobischer Schwindel beziehungsweise im Rahmen der psychovegetativen Dysbalance beziehungsweise orthostatisch mitbeeinflusst) - keine Hinweise auf posttraumatischen Lagerungsschwindel initial und im Verlauf nach Oktober 2010 beziehungsweise bei aktuellen Untersuchungen - Status nach distaler, dislozierter 2-Etagen-Fraktur des rechten Unterschenkels - Status nach operativer Frakturbehandlung mittels Tibiamarknagel (Fraktur in korrekter Stellung konsolidiert; Osteosynthesematerial in situ) - auch am rechten Bein persistierende, mit objektiven Befunden nicht gänzlich erklärbare (differentialdiagnostisch durch Marknagelung verursachte) subjektiv invalidisierende Schmerzen mit Beinbelastung an einem Amerikanerstock - Status nach Schultertrauma links mit Claviculaschaft-Fraktur im mittleren Drittel - Status nach Marknagelosteosynthese der Claviculafraktur - Status nach Marknagelentfernung bei geheilter Fraktur in guter Stellung - weiterhin bestehende, durch klinische Befunde nicht zu erklärende Funktionseinschränkung der linken Schulter mit Einschränkung der Beweglichkeit und Kraft infolge der Schulterschmerzen, erklärbar durch Selbstlimitierung und maladaptives Verhalten - depressive Episode gegenwärtig leicht, im Verlauf schwankend zwischen leicht bis mittelschwer - Schmerzverarbeitungsstörung

In somatischer Hinsicht gelangten die Fachärzte der Gutachterstelle Z.____

zum Schluss, die geklagten Beschwerden seien objektiv nicht erklärbar. Davon ausgenommen seien die Beschwerden im Bereich der Eintrittspforte am Ligamentum patellae, welche durch den

im Rahmen der Osteosynthese der Unterschenkelfraktur ein gebrachten Tibia-Marknagel erklärt werden könnten. Einzig diese residuellen Beschwerden stünden in einem Kausalzusammenhang zum Unfall vom 28. April 2010. Sie würden jedoch die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken und vorausichtlich nach der bevorstehenden Entfernung des Tibia-Marknagels zurückgehen. Andere Beschwerden seien durch die objektiven Befunde nicht erklärbar (S. 49 unten, S. 55 Ziff. 3.2 und S. 57 Ziff. 6.1). Die psychische Störung könne nicht auf den Unfall zurückgeführt werden und stehe im Verhältnis zum gesamten Beschwerdebild seit etwa Oktober 2010 im Vordergrund (S. 71 f. Ziff. 6.4, 6.5 und Ziff. 7, S. 73 Ziff. 7.4, S. 76 Ziff. 1.3). Eine weitere Heilbehandlung sei unfallbedingt nicht erforderlich (S. 64 Ziff. 8.2 und S. 74 Ziff. 8.2).

Weder ein Integritätsschaden noch eine unfallbedingte Arbeitsunfähigkeit sei ausgewiesen (S. 66 Ziff. 9.1, S. 75 Ziff. 9.1 und S. 77 Ziff. 2 und 3). 3. 1 5

Am 26. September 2011 (Urk. 13/M53) führte Dr. I.____

unter Verweis auf die von ihr aufgelegte Literatur aus, dass im Falle der Beschwerdeführerin die Diagnosekriterien für ein leichtes Schädel-Hirntrauma (Comotio cerebri) erfüllt seien, auch wenn die Anamnese bezüglich Bewusstlosigkeit und Erbrechen negativ ausfalle. Ausserdem

seien im Rahmen des

Z.____-Gutachtens die von Dipl.-Psych. H.____ erhobenen neuropsychologischen Defizite und die in der ENMG festgestellte Peroneus-Läsion rechts (vgl. E. 3.11 hiervor) nicht berücksichtigt worden. 3.

E. 3.22

Dr. D.____ konstatierte in seiner Aktenbeurteilung vom 31. Oktober 2012 (Urk. 13/M71), er habe den Ausführungen der Ärzte der Gutachterstelle Z.____

(vgl. E. 3.14 hiervor) nichts beizufügen.

Sämtliche Beschwerden seien durch eine Schmerzverarbeitungsstörung mit Symptomausweitung bei depressiver Verstimmung zu erklären. Aus dem Bericht von Dr. I.____ vom 30. März 2011 (vgl. E. 3.11 hiervor) ergäben sich keine zusätzlichen Erkenntnisse. Die von der Neurologin postulierte Läsion des Nervus peroneus superficialis sei

anhand der ENMG vom 4. März 2011 nicht belegt. Obnehin sei nicht erklärt worden, weshalb dieser in den Weichteilen verlaufende Nerv überhaupt geschädigt sein sollte. Die Unfallkausalität sei zu verneinen. Zudem würden sich bei einer solchen Nervenschädigung lediglich Sensibilitätsstörungen im Bereich des Fussrückens zeigen, welche die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als Reinigungskraft in keiner Weise einschränken (S. 6). Im Weiteren führte der beratende Neurologe der Beschwerdegegnerin aus, die Diskushernien auf Höhe Th2/Th3 beziehungsweise Th3/Th4 seien gering ausgeprägt und im Rahmen degenerativer Veränderungen zu erklären. Eine Unfallkausalität sei nicht überwiegend wahrscheinlich, da es direkt nach dem Unfallereignis vom 28. April 2010 nicht zu entsprechenden Symptomen gekommen sei (S. 7).

E. 3.23

Nach weiteren Abklärungen im Zentrum G.____ führte Dr.

I.____ im Bericht vom 13. Februar 2013 (Urk. 13/M75) unter anderem aus, dass sich die Peroneus-Läsion im Verlauf leider nicht gebessert habe. Im Gegenteil zeige sich in der ENMG vom 5. Dezember 2012 (vgl. Urk. 13/M74) im Vergleich zur Voruntersuchung vom 4. März 2011 (vgl. E. 3.11 hiervor) motorisch und sensibel eine Verschlechterung, wobei eine erneute perioperative Läsion anlässlich der Entfernung des Osteosynthesematerials vom 14. Februar 2010 eine mögliche Erklärung sei (S. 2 oben). Als klinischen Befund nannte sie eine persistierende Hypästhesie im Innervationsgebiet des Nervus peroneus superficialis rechts (S. 3 unten). 4. 4. 1

Uneins sind sich die Parteien zunächst in der Frage, ob die thorakalen Diskushernien, die Zahnschädigungen und die Unterfunktion der Schilddrüse (Hypothyreose) unfallbedingt sind respektive ob die Beschwerdegegnerin diesbezüglich die erforderlichen Abklärungen getroffen hat.

E. 4

Eventualiter sei der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente ab wann rechts auf der Basis eines Invaliditätsgrades von 100 % und eine entsprechende Integritätsentschädigung zuzusprechen.

E. 4.2

Nach der im angefochtenen Entscheid (Urk. 2 S. 12 f. Ziff. 2.3.3.5) zutreffend dargelegten Rechtsprechung des Bundesgerichts entspricht es einer medizinischen Erfahrungstatsache im Bereich des Unfallversicherungsrechts, dass praktisch alle Diskushernien bei Vorliegen degenerativer Bandscheibenveränderungen entstehen und ein Unfallereignis nur ausnahmsweise, unter besonderen Voraussetzungen, als eigentliche Ursache in Betracht fällt. Als weitgehend unfallbedingt kann eine Diskushernie betrachtet werden, wenn das

Unfallereignis von besonderer Schwere und geeignet war, eine Schädigung der Bandscheibe herbeizuführen, und die Symptome der Diskushernie (vertebrales oder radikuläres Syndrom) unverzüglich und mit sofortiger Arbeitsunfähigkeit aufzutreten (Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 6.1 mit Hinweisen; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Unfallversicherung, 4. Auflage 2012, S. 55 f.).

Mit der Beschwerdegegnerin ist festzustellen, dass vorliegend die Voraussetzungen für die Annahme einer unfallbedingten Diskushernie nicht erfüllt sind. Die fraglichen Bandscheibenvorfälle Th3/Th4 und Th2/Th3 können schon deshalb nicht als unfallkausal betrachtet werden, weil in den medizinischen Akten unmittelbar nach dem Unfall vom 28. April 2010 keine entsprechenden Symptome dokumentiert sind und Anhaltspunkte für eine traumatische Schädigung der Wirbelsäule fehlen (vgl. auch E. 3.22 hiervor). Etwas anderes wurde auch von der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 12 oben) nicht bekundet. Ohne Auseinandersetzung mit der dargelegten Rechtsprechung verwies sie auf die Bildgebungen vom 19. (richtig: 18.) Februar und 27. Oktober 2011 (vgl. E. 3.11 und E. 3.16 hiervor), welche neunzehn beziehungsweise 18 Monate nach dem Unfall zur Abklärung insbesondere der Kopf- und Nackenschmerzen respektive der Schwindelbeschwerden angefertigt wurden und als Nebenbefund die ärztlicherseits nicht als unfallkausal bezeichneten Diskushernien zur Darstellung brachten. Damit fällt das

Ereignis vom 28. April 2010 als deren Ursache ausser Betracht,

ohne dass geprüft werden müsste, ob das Unfallgeschehen theoretisch geeignet und von genügender Schwere gewesen wäre, eine Diskushernie auszulösen.

E. 4.3

Hinsichtlich der

Zahnbeschwerden steht gestützt auf die Einschätzungen der involvierten Zahnärzte Dres. O.____ (vgl. E. 3.19 hiervor) und P.____ (vgl. E. 3.20 hiervor) zuverlässig fest, dass diese nicht mit dem massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit wenigstens teilweise in einem natürlichen Kausalzusammenhang zum Unfallereignis vom 28. April 2010 stehen. Die Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 12 f.) übersieht, dass die bloss mögliche Möglichkeit einer Unfallursächlichkeit für die Begründung eines Leistungsanspruches gegenüber der Beschwerdegegnerin nicht genügt (vgl. E. 1.3 hiervor). Dem Postulat, dass es beim Unfall vom 28. April 2010 auch zu Zahnschädigungen gekommen sein soll, steht überdies entgegen, dass die Beschwerdeführerin solche erst am 15. Dezember 2010 anlässlich der neurologischen Konsultation durch Dr. E.____ (Urk. 13/M26 S. 6) und

später am 12. Mai 2011 gegenüber dem Z.____-Gutachter Dr. M.____ (Urk. 13/M48a S. 25 f.) erwähnt hat. Das von Dr. O.____ zuhanden der Beschwerdegegnerin ausgefüllte Formular „Zahnschäden gemäss UVG: Befunde/Kostenvoranschlag“ (Urk. 13/M68 S. 1 f.) datiert sodann vom 20. Juli 2012. Dadurch entsteht der Eindruck, dass die Zahnbehandlung nachträglich über die Unfallversicherung abzuwickeln versucht wurde, zumal nicht ersichtlich ist, weshalb mit dem Einholen einer Kostengutsprache der Beschwerdegegnerin fast zwei Jahre seit Behandlungsbeginn zugewartet wurde. Demzufolge ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 12 Ziff. 2.3.3.4) ihre Leistungspflicht für die Zahnbeschwerden verneinte.

Sodann wies die Beschwerdegegnerin

in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hin, dass der Beschwerdeführerin bei der Einholung eines bloss verbalen internen Berichts kein Gehörs- und Mitwirkungsrecht im Sinne von Art. 44 ATSG zusteht (vgl. auch Urk. 11 S. 19 Ziff. 31). Folglich erweist sich die beschwerdeweise erneuerte Kritik zum Vorgehen der Beschwerdegegnerin (Urk. 1 S. 13) als unbehelflich. Auch die übrigen Vorbringen rechtfertigen keine andere Betrachtungsweise. Insbesondere ist von weiteren zahnmedizinischen Abklärungen abzusehen, da sie keinen entscheidungsrelevanten neuen Aufschluss erwarten lassen. Soweit sich die Beschwerdeführerin davon Rückschlüsse auf die geklagten Kopfschmerzen verspricht, entbehrt diese Mutmassung jeglicher medizinischen Grundlage.

E. 4.4

Dass die – unbestrittenen – (Urk. 1 S. 15 unten) jedenfalls seit Anfang des Jahres 2011 (vgl. Bericht des Spitals A.____ vom 26. Januar 2011 [Urk. 13/M32 S. 1 unten], vgl. auch Bericht von Dr. I.____ vom 30. März 2011 [Urk. 13/M43 S. 1 unten]) substituierte – Unterfunktion der Schilddrüse in einem ursächlichen Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 28. April 2010 stehen soll, ist nicht ersichtlich und wurde auch von der Beschwerdeführerin

nicht vorgebracht. Soweit sie abgeklärt haben möchte, ob die nicht unfallbedingte Hypothyreose für weitere Beschwerden (Ermüdbarkeit, Reizbarkeit, Depression, usw.) verantwortlich zeichnet (Urk. 1 S. 15 Mitte und S. 16 oben), verkennt sie, dass diese Frage, wie aus den nachfolgenden Erwägungen folgt, nicht von entscheidender Bedeutung ist. Im Übrigen ist es mit der Beschwerdegegnerin (Urk. 2 S. 13 Ziff. 2.3.3.6) nicht Aufgabe der Unfallversicherung, Ursachen von Krankheiten und deren Auswirkungen abzuklären.

E. 4.5

Als Zwischenfazit ist somit festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mangels eines natürlichen Kausalzusammenhangs zum Unfallereignis vom 28. April 2010 weder für die Zahnbeschwerden noch für allfällige durch die Diskushernien respektive die Schilddrüsenunterfunktion (Hypothyreose) ausgelöste Beschwerden leistungspflichtig ist.

Diesbezügliche medizinische Weiterungen versprechen keine entscheidungsrelevanten neuen Erkenntnisse in Bezug auf die Kausalitätsfrage, weshalb in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 124 V 94 E. 4b; 122 V 162 E. 1d) davon abzusehen ist. 5.

E. 5

Med. pract. C.____, Neurologie FMH, welcher die Beschwerdeführerin am 20. August und 10. September 2010 im Zentrum G.____

untersucht und zwecks Ausschluss einer Contusio cerebri die im Wesentlichen unauffällig gebliebene MR-Untersuchung des Schädels vom 26. August 2010 (Urk. 13/M19) veranlasst hatte, berichtete am 18. Oktober 2010 (Urk. 13/M20), laut eigenen Angaben

sei die Patientin nach dem Unfall vom 28. April 2010 nicht bewusstlos, aber für kurze Zeit teilweise desorientiert gewesen; unmittelbar nach dem Ereignis hätten sich starke linksseitige Kopfschmerzen entwickelt und später seien weitere Beschwerden hinzugekommen. Dies gebe, so der Neurologe, Anlass zu folgender Diagnosestellung: - Commotio cerebri am 28. April 2010 im Rahmen eines Unfalles

mit Joch bogenfraktur links, Sphenoidfraktur links und lateraler Orbitawand fraktur links - Posttraumatische Kopfschmerzen vom Spannungstyp - Posttraumatischer Lagerungsschwindel, ausgehend vom rechten posterioren Bogengang - Posttraumatisches vegetatives Syndrom mit erheblichen Blutdruck schwankungen und orthostatischer Dysregulation - Arterielle Hypertonie Med. pract. C.____

erklärte, er habe die Beschwerdeführerin angeleitet, wie sie bei fehlender Wirksamkeit des aktuellen, von ihr abgebrochenen Epley-Repositionsmanövers und persistierendem Lagerungsschwindel in Eigenregie einen erneuten Repositionsversuch unternehmen könne. Zudem habe er Medikamente zur Behandlung der Kopfschmerzproblematik rezeptiert. 3.

E. 5.1

Soweit mit der Beschwerde Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen über den 31. August 2011 hinaus verlangt werden und vorgetragen wird, damals sei der Endzustand noch nicht erreicht gewesen (Urk. 1 S. 8 ff.) , wirft dies die Frage auf, ob die Beschwerdegegnerin den Fall zu Recht auf diesen Zeitpunkt hin abgeschlossen hat (vgl. BGE 134 V 109 E. 3.2).

E. 5.2

Nach Art. 19 Abs. 1 UVG und der dazu ergangenen Rechtsprechung hat der Unfallversicherer den Fall – unter Einstellung von Heilbehandlung und Taggeld sowie Prüfung des Anspruchs auf eine Invalidenrente und eine Integritätsentschädigung – abzuschliessen , wenn von der Fortsetzung der ärztlichen Behandlung keine namhafte Besserung des Gesundheitszustandes mehr erwartet werden kann und allfällige Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung abgeschlossen sind (BGE 134 V 109 E. 4.1). Was unter einer namhaften Besserung des Gesundheitszustandes in diesem Sinne zu verstehen ist, bestimmt sich namentlich nach Massgabe der zu erwartenden Steigerung oder Wiederherstellung der unfallbedingt beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit, wobei die durch weitere Heilbehandlung zu erwartende Besserung ins Gewicht fallen muss. Unbedeutende Verbesserungen genügen nicht (BGE

134 V 109 E. 4.3).

E. 5.3

Eingliederungsmassnahmen der Invalidenversicherung standen im Zeitpunkt des Fallabschlusses unbestrittenermassen nicht zur Diskussion. Entgegen dem Standpunkt der Beschwerdeführerin ist sodann anhand

der medizinischen Akten

nicht erstellt , dass Ende August 2011 eine Fortsetzung der ärztlichen Behandlung noch eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustandes im Sinne der dargelegten Rechtsprechung

versprach . Insbesondere ergibt sich ein solcher Anhalt auch nicht aus den beschwerdeweise (Urk. 1 S. 8 f.) angerufenen Arztberichten , welche mehrheitlich – namentlich die Berichte von Dr. med. S.____ , Allgemeinmedizin, vom 18. September 2010 (Urk. 12/71b) und des Zentrums G.____ vom März 2011 (vgl. E. 3.11 hiervor) – nicht die Zeit des Fallabschlusses beschlagen . Dieser bedingt nach dem Gesagten nicht, dass eine ärztliche Behandlung nicht länger erforderlich ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_888/2013 vom 2. Mai 2014 E. 4.2.2).

Die von Dr. I.____ postulierte leichtgradige Läsion des Nervus peroneus rechts zeitigt

gemäss den Feststellungen der Neurologin (vgl. E. 3. 11 und E. 3.23 hiervor) lediglich eine Missempfindung am rechten Fussrücken , was

– wie von Dr. D.____ (vgl. E. 3.22 hiervor) nachvoll ziehbar festgehalten – nicht zu einer Arbeitsunfähigkeit führt . Soweit die Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 11) etwas anderes behauptet und insbesondere einen Einfluss der Nervenläsion auf die Stand- und Gehsicherheit und damit auf ihre Arbeitsfähigkeit als Hausdienstan gestellte postuliert , vermag sie sich auf keinen Arztbericht zu berufen, welche r ihre Annahme stützen würde. Insofern kann offenbleiben, ob eine solche unfallbedingte Nervenschädigung überhaupt mit dem massgebenden Beweis grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (vgl. E. 1.3 hiervor) nachgewiesen ist

(vgl. E. 3.22 hiervor) .

Was sodann den unter anderem von Dr. med. T.____ , FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, FMH Rheumatologie, gezeichneten Bericht des Spitals U.____ vom 19. Juli 2011

betreffend die dort im Rahmen des Z.____ -Gutachtens durchgeführte EFL (Urk. 13/M48b) betrifft, stellt die darin befürwortete Intensivierung des Kraft- und Ausdauertrainings (S. 5) mangels der dadurch bewirkten namhaften gesundheitlichen Verbesserung

keine ärztliche Behandlung dar, welche einem Fallabschluss mit Adäquanzprüfung entgegenstand. Zudem wurde der Beschwerdeführerin – nachdem im Rahmen der EFL eine erhebliche Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz festgestellt worden waren –

im besagten Bericht trotz der verminderten Belastbarkeit des rechten Beins für endgradig belastete Kniepositionen (S. 4 oben) aus somatischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit attestiert (S. 4 f.).

Dass sich der Gesundheitszustand durch eine psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung namhaft bessern liess, geht aus den Akten nicht hervor. Im Gegenteil stellte Dr. F.____ (vgl. E. 3.10 hiervor) bereits Ende März 2011 eine negative Prognose in Bezug auf die Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit.

Dementsprechend ist der von der Beschwerdegegnerin auf den 31. August 2011 terminierte Fallabschluss und damit verbunden die Einstellung der Heilbehandlungs- und Taggeldleistungen nicht zu beanstanden. Entgegen der

Auffassung der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 10) sind auch dies bezüglich keine weiteren medizinischen Abklärungen erforderlich. 6.

E. 6

Im Rahmen der Konsultation im Spital A.____ vom 22. November 2010 (Bericht vom 21. Dezember 2010

[Urk. 13/M24]) gab die Beschwerdeführerin an, dass sie an der linken Schulter kaum noch Schmerzen habe und das Gehen ebenfalls nicht schlecht gelinge respektive stetige Verbesserungen zeige, sodass sie zuhause auf die Gehstöcke verzichte. Der zuständige Oberarzt trug ihr auf, unter Fortführung der manualtherapeutischen Massnahmen (Physiotherapie, Gehtraining, selbständige Durchführung von Übungen im Wasser) die Gehhilfen raschmöglichst wegzulassen und dann einen Arbeitsversuch zu unternehmen, wobei

allenfalls voraussichtlich vorübergehend eine mehrheitlich sitzende Tätigkeit gefunden werden müsse. 3.7

Auf Empfehlung ihres beratenden Arztes

Dr. med. D.____, Facharzt für Neurologie, welcher in seiner Stellungnahme vom 24. November 2010 (Urk. 13/M21 S. 2) den somatischen Verlauf als regelrecht bezeichnet und die von med. pract. C.____

beschriebenen Beschwerden teilweise im Rahmen einer depressiven Verstimmung und einer vorbestehenden Neurasthenie interpretiert hatte, veranlasste die Beschwerdegegnerin eine konsiliarische Untersuchung durch Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologie.

Im Bericht vom 5. Januar 2011 (Urk. 13/M26) betreffend die Untersuchung vom 15. Dezember 2010 stellte die Konsiliarärztin nebst einer Hypertonie und einer Adipositas (BMI 30.5 kg/m²) die folgenden Diagnosen (S. 7 oben): - Status nach Schädelhirntrauma mit Schädelbasisfraktur temporo-basal links, Jochbogenfraktur links, Sphenoidfraktur links und lateraler Orbitawandfraktur links (28. April 2010) - Status nach Unterschenkelfraktur rechts (28. April 2010) - Status nach Claviculafraktur links (28. April 2010)

In ihrer Beurteilung (S. 7 f.) führte Dr. E.____ aus, anlässlich ihrer Untersuchung sei der neurologische Status in Bezug auf die Hirnnerven normal gewesen und auch im Bereich des übrigen Körpers

habe sie keine neurologischen Ausfälle

festgestellt. Anhand des durchgeführten Medikationsstatus lasse sich eine regelmässige Medikamenteneinnahme nicht belegen. Es dürfe gefolgert werden, dass die Befunde am Hirn- und Gesichtsschädel (Jochbogen) gut verheilt seien, keine Nervenläsionen im Bereich der Frakturen bestünden und der Kernspintomogramm-Befund normal sei. Folgen einer Schädel-Hirnverletzung seien nicht nachweisbar. In Bezug auf die Clavicula links sei das Resultat sehr zufriedenstellend und vor allem auch hinsichtlich des rechten Unterschenkels sei der Verlauf zeitgerecht. Sie habe die Beschwerdeführerin ermuntert, sich ohne Stöcke fortzubewegen, damit eine Arbeitsaufnahme – ab 1. Februar 2011 zu 50 % und spätestens ab 1. März 2011 zu 100 % – erfolgen könne. Unfallbedingt empfehle sie als Prozedere eine Fortführung der Gangschulung bis zum Erreichen des medizinischen Endzustandes per Ende Februar 2011. Soweit aktuell feststellbar sei eine Integritätsentschädigung nicht ausgewiesen (S. 9 Ziff. 4-6). 3.

E. 6.1

Strittig und zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin aus dem Ereignis vom 28. April 2010 über Ende August 2011 hinaus weitere Leistungen – namentlich eine Invalidenrente und/oder eine Integritätsentschädigung – zu erbringen hat.

E. 6.2.1

Dabei stellt sich vorab die Frage, ob im Zeitpunkt des Fallabschlusses per 31. August 2011 noch organisch objektiv ausgewiesene Folgen des Unfalles

vom 28. April 2010 vorlagen, welche die persistierenden Beschwerden zu erklären vermöchten.

E. 6.2.2

Nach der Rechtsprechung kann von organisch objektiv ausgewiesenen Unfallfolgen – als Differenzierungsmerkmal für das Erfordernis einer besonderen Adäquanzprüfung (vgl. E. 1.4.2 hiervor) – erst dann gesprochen werden, wenn die erhobenen Befunde mit apparativen/bildgebenden Abklärungen bestätigt werden und die angewendeten Untersuchungsmethoden wissenschaftlich auf breiter Basis anerkannt sind (BGE 138 V 248 E. 5.1). Dies gilt auch für neuropsychologische Defizite (erwähntes Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 5.1).

E. 6.2.3

Gestützt auf die dargelegte medizinische Aktenlage steht verlässlich fest, dass die am 28. und 30. April 2010 osteosynthetisch versorgten Frakturen im Bereich von Unterschenkel und Clavicula spätestens

Ende August 2011 längst in anatomischer Stellung volls tändig verheilt waren .

Sodann finden sich keine Hinweise , wonach die im Rahmen der Erstbehandlung im Spital A.____ mittels CT festgestellte n, jedoch nicht behandlungs - und kontroll bedürftige n Verletzungen der knöchernen Strukturen des Schädels

nicht folgenlos abgeheilt wären . Eine unfallbedingte organisch objektiv ausgewiesene Hirnschädigung konnte in den bildgebenden Untersuchungen des Kopfes

vom 26. August 2010, 18. Februar und 27. Oktober 2011 (Urk. 13/M19 , Urk. 13/M43/10-11, Urk. 13/M56) ausgeschlossen werden . Soweit die Ärzte teilweise von einer Commotio cerebri (Gehirnerschütterung) respektive einem leichten Schädel-Hirntrauma

ausgingen (vgl. dazu auch

nachfolgende E. 6.3.2) , handelt es sich dabei um eine klinische Diagnose ohne organisch hinreichenden Nachweis einer strukturellen Läsion im dargelegten Sinne (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_849/2011 vom 29. Mai 2012 E. 4.2; vgl. auch Bundesgerichtsurteile 8C_101/2007 vom 17. August 2007 E. 5.1 und 8C_487/2012 vom 23. Juli 2012 E. 3.3). Ebenfalls nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin abzugewinnen ist der fraglichen Nervenläsion, da eine Missempfindung am rechten Fussrücken (vgl. E. 5.3 hiervor)

weder zu einer relevanten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt noch eine erhebliche Schädigung der Integrität darstellt. Dass Ende August 2011 überwiegend wahrscheinlich anderweitig organisch objektiv ausgewiesene Unfallfolgen vorgelegen hätten, ist aufgrund der Akten nicht anzunehmen und wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht . In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass Schmerzen, Druckdolenzen, klinisch feststellbare Bewegungseinschränkungen, Muskulaturverhärtungen und Verspannungen für sich allein kein klar fassbares organisches Korrelat eines Beschwerdebildes zu begründen vermögen (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts

U 9/05 vom 3. August 2005 E. 4, U 354/06 vom 4. Juli 2007 E. 7.2, U 328/06 vom 25. Juli 2007 E. 5.2 und 8C_369/2007 vom 6. Mai 2008 E. 3). Die objektive medizinische Sachlage ist somit klar erstellt und gibt keinen Anlass zu weiteren Abklärungen.

E. 6.3.1

Fehlt es nach dem Gesagten an einer organisch objektiv ausgewiesenen Folge des Unfallereignisses vom 28. April 2010, hat eine besondere Adäquanzprüfung stattzufinden (vgl. E. 1.4.2 hiervor).

E. 6.3.2

Vorliegend fehlt es am Nachweis einer die Schleudertrauma-Praxis gemäss BGE 134 V 109 (vgl. E. 1.4.2 hiervor) rechtfertigenden Verletzung, da die Beschwerdeführerin beim Unfall unstreitig weder ein Schleudertrauma noch eine äquivalente Verletzung der HWS erlitten hat. Ausser Frage steht sodann, dass ein allfälliges Schädel-Hirntrauma höchstens den Schweregrad einer Comotio cerebri, nicht aber den Grenzbereich einer Contusio cerebri erreichte (vgl. Urk. 1 S. 19 ff.). Dies genügt zumindest nach der jüngeren Rechtsprechung nicht für die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis (Urteil des Bundesgerichts 8C_258/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 4.3.2; vgl. auch Rumo-Jungo/Holzer, a.a.O., S. 60 oben). Zudem wäre dafür praxisgemäss erforderlich, dass sie sich innert der Latenzzeit von 24 bis 72 Stunden zumindest HWS- oder Nackenschmerzen – oder bei einem allenfalls hier zur Diskussion stehenden Schädel-Hirntrauma auch Kopfschmerzen – manifestiert (Urteil des Bundesgerichts 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 5.2). Ob dies auf die Beschwerdeführerin zutrifft, erscheint als fraglich, sind doch

in den unfallnahen Berichten des Spitals A.____ und der Klinik B.____ (vgl. E. 3.2 und E. 3.3 hiervor) keine entsprechenden

Beschwerden dokumentiert. Solche wurden von der Beschwerdeführerin erst Ende Mai 2010 anlässlich des Erstgesprächs (Urk. 12/9 unten) mit der

von ihr später abgelehnten Case Managerin (vgl. Schlussbericht vom 28. Oktober 2010 [Urk. 12/37]) und hernach ab August 2010 gegenüber den Ärzten des Zentrums G.____

(vgl. E. 3.5 hiervor) erwähnt. Hinzu kommt, dass nach Lage der Akten und der Beurteilung der Z.____ Gutachter (vgl. E. 3.14 hiervor)

eine ausgeprägte psychische Problematik

schon bald in den Vordergrund getreten ist, was ebenfalls eine Adäquanzprüfung unter dem Gesichtspunkt einer psychischen Fehlentwicklung nach Unfall gemäss BGE 115 V 133 gebietet (vgl. BGE 123 V 98 E. 2a, Urteil des Bundesgerichts 8C_124/2014 vom 14. November 2014 E. 7.1).

Selbst wenn jedoch die Kriterien nach der für die Beschwerdeführerin vorteilhafteren Schleudertrauma-Praxis (BGE

134 V 109 E. 10.3) herangezogen werden, so führt dies – wie im Folgenden zu zeigen ist – zur Verneinung der Adäquanz. 6.4

Die Unfallschwere ist aufgrund einer objektivierte Betrachtungsweise nach dem augenfälligen Geschehensablauf mit den sich dabei entwickelnden Kräften zu beurteilen (erwähntes Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 10 mit Hinweis).

Das Ereignis vom 28. April 2010, bei welchem die Beschwerdeführerin als Passantin auf einem Fussgängertreppen von einem Renault Twingo erfasst und zu Boden geworfen wurde (Rapport der Stadtpolizei Zürich vom 1. Juni 2010, Urk. 12/167/B4 S. 4 f.), ist praxisgemäss als mittelschwerer Unfall im engeren Sinne einzustufen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_258/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 4.4.1). Etwas anderes wurde beschwerdeweise (Urk. 1 S. 22 oben) nicht behauptet. 6.5 6.5.1

Bei dieser Unfallschwere kann die Adäquanz praxisgemäss nur bejaht werden, wenn von den folgenden sieben Kriterien mindestens drei in einfacher Form erfüllt sind oder eines in besonders ausgeprägter Weise vorliegt (vgl. BGE 134 V 109 E.

E. 6.6

Infolgedessen kommt dem Unfallschwere vom 28. April 2010 keine rechtserhebliche Bedeutung für die nach Ende August 2011

geklagten Beschwerden zu, womit eine darüber hinausgehende Leistungspflicht der Beschwerdegegnerin entfällt. Damit erübrigen sich Weiterungen zur natürlichen Kausalität (vgl.

BGE 135 V 465 E.

5.1) und der unter diesem Aspekt geäusserten Kritik der Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 14 ff.). 7.

Die Terminierung der Versicherungsleistungen per 31. August 2011 gemäss Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 13. November 2012 (Urk. 2) erweist sich nach dem Gesagten als rechtmässig.

Dies führt zur Abweisung der Beschwerde. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Das Verfahren ist kostenlos. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Andrea Schmid Kistler -
Fürsprecher Martin Bürkle - Bundesamt für Gesundheit 4.

Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich
Der Vorsitzende
Die Gerichtsschreiberin
Gräub-Buchter

E. 8

Am 26. Januar 2011 berichtete der zuständige Oberarzt des Spitals A.____ (Urk. 13/M32) bezüglich des rechten Unterschenkels von einem positiven klinischen und bildgebenden Befund, weshalb unbedingt das Gehen ohne jegliche Gehhilfen erforderlich sei. Bei aus chirurgischer Sicht insgesamt zufriedenstellend verlaufener Behandlung empfehle er nun eine Reintegration in den Arbeitsalltag, wobei ab 1. Februar 2011 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % für eine überwiegend sitzende Tätigkeit bestehe (vgl. auch Urk. 13/M29). Überdies bitte er um hausärztliche Evaluation der Notwendigkeit einer psychologischen Betreuung oder allenfalls einer psychiatrischen Einschätzung, da die Beschwerdeführerin gemäss

Angaben ihrer Tochter eine entsprechende Symptomatik aufweise und er sie anlässlich der jüngsten Verlaufskontrolle vom 24. Januar 2011 sehr weinerlich erlebt habe. 3.

E. 9

Dr. D.____ verfasste am 23. März 2011 (Urk. 13/M35 S. 3) eine ausführliche Stellungnahme zuhanden der Beschwerdegegnerin. Darin bekräftigte er unter Verweis auf die konsiliarische Einschätzung von Dr. E.____ (vgl. E. 3. 7 hiavor), neurologisch sehe er keine persistierenden Unfallfolgen mehr. Im Vordergrund stünden die psychiatrischen Symptome. 3.

E. 10

Der die Beschwerdeführerin ab dem 4. Februar 2011 behandelnde Dr. med. F.____, im FMH-Index als Facharzt für Psychiatrie und Psychiatrie eingetragen, jedoch im Medizinalberuferegister (www.medregom.admin.ch, besucht am 5. Mai 2015) nicht als solcher verzeichnet, diagnostizierte im Bericht vom 28. März 2010 (richtig: 2011; Urk. 13/M37) eine schwere posttraumatische Störung mit spezieller Betonung depressiver Symptome. Er erklärte, sowohl betreffend die seelische Traumatisierung als auch den immer noch nicht gebesserten körperlichen Zustand könne keine gute Prognose gestellt werden. Nach seinem Dafürhalten werde die Beschwerdeführerin wohl kaum wieder arbeitsfähig werden. 3.

E. 10.3

und Urteil des Bundesgerichts 8C_325/2014 vom 15. Januar 2015 E. 4.2): - besonders dramatische Begleitumstände oder besondere Eindrücklichkeit des Unfalls; - die Schwere oder besondere Art der erlittenen Verletzungen; - fortgesetzt spezifische, belastende ärztliche Behandlung; - erhebliche Beschwerden; - ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert; - schwieriger Heilungsverlauf und erhebliche Komplikationen; - erhebliche Arbeitsunfähigkeit trotz ausgewiesener Anstrengungen. 6. 5 .2

Während sich die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf den gemäss Z.____-Gutachten (vgl. E. 3. 14 hiavor) fehlenden natürlichen Kausalzusammenhang auch vernehmlassungsweise nicht zur Adäquanfrage äusserte (Urk. 11 S. 24 unten), erachtete die Beschwerdeführerin in

(Urk. 1 S. 22 unten)

sechs der sieben Adäquanzkriterien als erfüllt. 6. 5 .3

Ob besonders dramatische Begleitumstände oder eine besondere Eindrücklichkeit des Unfalles

vorliegen, ist objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens beziehungsweise Angstgefühls der versicherten Person zu beurteilen. Zu beachten ist auch, dass jedem mindestens mittelschweren Unfall eine gewisse Eindrücklichkeit eigen ist, welche somit noch nicht für eine Bejahung des Kriteriums ausreichen kann (in BGE 137 V 199 nicht publizierte E. 3.5.1 des Bundesgerichts Urteils 8C_100/2011 vom 1. Juni 2011). Vor diesem Hintergrund und mit Blick auf die Kasuistik des Bundesgerichts (vgl. Praxisübersicht im Urteil 8C_398/2012 vom 6. November 2012 E. 6.1.1 und 6.1.2) kann das Kriterium vorliegend nicht als erfüllt betrachtet werden. Dies gilt umso mehr, als die Beschwerdeführerin gegenüber der Polizei eine Erinnerungslückenangabe (Rapport vom

1. Juni 2010 [Urk. 12/ 167/B4 S. 7]), womit dem Kriterium nicht die gleiche Bedeutung beigemessen werden kann, wie wenn eine ungetrübte Erinnerung an den Unfall und die damit verbundenen Begleitumstände gegeben wäre (er wähtes Urteil des Bundesgerichts 8C_765/2014 vom 9. Februar 2015 E. 11.1).

Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin (Urk. 1 S. 22 unten) ihre beim Unfallereignis ebenfalls anwesende

Enkeltochter „in allerhöchster Gefahr“ gesehen haben will , vermag daran nichts zu ändern, blieb doch

diese unversehrt

(vgl. Z.____ -Gutachten S. 29 unten ; Polizeirapport Urk. 12/167/B4 S. 3).

Eine die Anwendung der Schleudertrauma-Praxis rechtfertigende Diagnose genügt für sich alleine nicht zur Bejahung des Kriteriums der Schwere oder besonderen Art der erlittenen Verletzungen . Es bedarf hierzu einer besonderen Schwere der hierfür typischen Beschwerden oder besonderer Umstände, welche das Beschwerdebild beeinflussen können (BGE 134 V 109 E. 10.2.2). Solche Umstände liegen hier in Anbetracht der zwar erlittenen – aber im Vergleich zum Sachverhalt gemäss Bundesgerichts Urteil 8C_484/2007 vom 3. September 2008 E. 6.3.1 unproblematischen und komplikationslos abheilenden Frakturen – nicht vor (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_135/2012 vom 19. September 2012 E. 6.2.2), weshalb das Kriterium zu verneinen ist.

Das Kriterium der fortgesetzt spezifischen, die versicherte Person belastenden ärztlichen Behandlung bis zum Fallabschluss (BGE 134 V 109 E. 10.2.3) ist objektiv und nicht aufgrund des subjektiven Empfindens der versicherten Person zu beurteilen (Urteil des Bundesgerichts 8C_970/2008 vom 30. April 2009 E. 5.4) . Es ist vorliegend ebenfalls nicht erfüllt. Während die Schädelbasisfraktur keiner spezifischen Behandlung bedurfte, waren von Seiten der Frakturen an Unterschenkel und Clavicula vier operative Eingriffe erforderlich, wovon zwei der Entfernung des Osteosynthesematerials dienten. Darüber hinaus bestanden die durchgeführten Massnahmen im Wesentlichen in medikamentösen und manualtherapeutischen Vorkehren, was keine spezifische ärztliche Behandlung im Sinne dieses Kriteriums darstellt (Urteile 8C_724/2008 vom 18. Dezember 2007 E. 4.2.2 und 8C_970/2008 vom 30. April 2009 E. 5.4). Sodann sind Abklärungsmassnahmen und ärztliche Verlaufskontrollen im Rahmen dieses Kriteriums nicht zu berücksichtigen (Urteile 8C_57/2008 vom 16. Mai 2008 E. 9.3.3 und 8C_126/2008 vom 11. November 2008 E. 7.3). Dass mit der ab Februar 2011 wöchentlich stattfindenden Gesprächstherapie bei Dr. F.____ (Urk. 13/M37 S. 2 unten) eine besondere Belastung verbunden gewesen wäre, ist nicht ersichtlich und wurde auch nicht geltend gemacht.

Eine ärztliche Fehlbehandlung, welche die Unfallfolgen erheblich verschlimmert hätte, liegt hier unstreitig nicht vor.

Beim Kriterium des schwierigen Heilungsverlaufs oder erheblicher Komplikationen bedarf es besonderer Gründe, welche die Heilung beeinträchtigt haben , wobei zu dessen Bejahung die Einnahme vieler Medikamente und die Durchführung verschiedener Therapien nicht genügen. Gleiches gilt für den Umstand, dass trotz regelmässiger Therapien keine Beschwerdefreiheit erreicht werden konnte (Urteil des Bundesgerichts 8C_252/2007 vom 16. Mai 2008 E. 7.6) . Solche sind nicht auszumachen. Die beschwerdeweise geltend gemachte erhebliche Schmerzverarbeitungsstörung ist nicht bei diesem Kriterium, sondern

bei jenem der erheblichen Beschwerden (vgl. unten) zu berücksichtigen.

Für die Bejahung des Kriteriums der erheblichen Arbeitsunfähigkeit trotz ausgeübter Anstrengungen muss ein Wille erkennbar sein, sich durch aktive Mitwirkung baldmöglichst wieder optimal in den Arbeitsprozess einzugliedern (BGE 134 V 109 E. 10.2.7). Ein solcher ist vorliegend nicht ersichtlich. Obwohl ihr ab Februar 2011 eine Arbeitsfähigkeit attestiert wurde (vgl. E. 3.7 und E. 3.8 hiervor), unternahm die Beschwerdeführerin weder einen Arbeitsversuch an einem für sie in der Wäschezentrale des Spitals Y.____

bereitgestellten Schonarbeitsplatz (Urk. 12/72, Urk. 12/74, Urk. 12/78), noch ergriff sie andere Bemühungen zur auch vom zuständigen Oberarzt des Spitals A.____

wiederholt befürworteten (vgl. E. 3.8 und E. 3.13 hiervor) beruflichen Reintegration. Sodann erscheint auch ihr persönlicher Einsatz im Rahmen von Therapiemassnahmen als fraglich, da sie die aus medizinischer Sicht indizierte Wassertherapie nicht an die Hand nahm (vgl. Urk. 13/M32 S. 1 unten), obwohl sie sich entgegen den Feststellungen der Ärzte nicht in der Lage sah, die Gehhilfen wegzulassen. Entsprechend kann das Kriterium nicht bejaht werden.

Das Kriterium der erheblichen Beschwerden beurteilt sich nach den glaubhaften Schmerzen und nach der Beeinträchtigung, welche die verunfallte Person durch die Beschwerden im Lebensalltag erfährt (BGE 134 V 109 E. 10.2.4). Es liegt sicher nicht in ausgeprägter Weise vor, was denn auch nicht behauptet wurde.

Damit kann offenbleiben, ob es in der einfachen Form erfüllt ist. Denn auch bejahendenfalls würde dies nicht genügen, um die Adäquanz bejahen zu können.

E. 11

Nach Wiedervorstellung der Beschwerdeführerin im Zentrum G.____

erfolgten verschiedene diagnostische Abklärungen, zunächst am 18. Februar 2011 eine MR-Untersuchung des Kopfes und der Halswirbelsäule (HWS). Laut

Beurteilung der zuständigen Radiologin

vom Folgetag (Urk. 13/M43/10-11) zeigten sich dabei geringgradige degenerative Veränderungen der zervikalen Wirbelsäule und eine mediane Diskushernie Th3/Th4 mit leichter Myelompression ohne Zeichen einer Kompressionsmyelopathie, wogegen die Bildgebung des Schädels unauffällig blieb und insbesondere keine cerebralen Traumafolgen zur Darstellung brachte.

Sodann fand am 4. März 2011 eine Elektroneuromyographie (ENMG) statt, wo bei den erhobenen Befunden gemäss

Bericht vom 7. März 2011 (Urk. 13/M43/3-4) für eine Läsion des Nervus peroneus rechts, vorwiegend des Nervus peroneus superficialis, sprachen.

Ebenfalls am 4. März 2011 führte

Dipl.-Psych. H.____, Psychologin FSP, eine neuropsychologische Untersuchung durch. Laut Bericht vom 9. März 2011 (Urk. 13/M43/7-9) liess das erhobene Profil mit einerseits unauffälligen Leistungen und andererseits schweren bis massiven Beeinträchtigungen keine Differenzierung zu. Die Defizite seien am ehesten multifaktoriell bedingt bei Status nach Commotio cerebri, psychiatrischer Erkrankung (depressive Symptome) und zeit

weiser suboptimaler Leistungsbereitschaft im Rahmen der Untersuchung situation. Aus neuropsychologischer Sicht stehe aktuell die psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin im Vordergrund.

Daraufhin erklärte

Dr. med. I.____, Fachärztin für Neurologie,

im Bericht des Zentrums G.____

vom 30. März 2011 (Urk. 13/ M 43 /1-2), es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ein leichtes Schädel-Hirntrauma (Commotio cerebri) erlitten habe. Dieses vermöge jedoch die seither anhaltenden Kopfschmerzen vom Spannungstyp und die neuropsychologischen Defizite nur teilweise zu erklären. Nebst dem postcommotionellen Syndrom dürften nach Ausschluss einer symptomatischen Ursache psychosoziale Belastungsfaktoren, Veränderungen im Therapieregime und eine noch ungenügend behandelte Depression respektive affektive Faktoren eine Rolle spielen. Als Ursache der Miss empfindung am rechten Fussrücken habe eine Läsion des Nervus peroneus rechts unklarer Ätiologie (traumatisch, iatrogen) objektiviert werden können. Die Neurologin empfahl insbesondere eine intensive Therapie der Schmerzen und der Depression und hielt dafür, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der unbehandelten Depression und der neuropsychologischen Defizite vorerst nicht arbeitsfähig sei.

E. 16

Auf Veranlassung der Hausärztin wurde am 27. Oktober 2011 mit der Indikation „Seit 5 Tagen Schwindel, Präsynkope, Parästhesien frontal und Tinnitus. Ausschluss einer Raumforderung, vertebro-bas iläre Insuffizienz?“ eine MR-Untersuchung des Hirnparenchyms, der HWS und der oberen Brustwirbelsäule (BWS) durchgeführt. Diese blieb bis auf eine paramediane linksseitige Diskushernie Th2/Th3 mit lokaler Myelonimpression als Nebefund unauffällig, insbesondere auch von Seiten der intrakraniellen Gefässe (Bericht vom 28. Oktober 2011 [Urk. 13/M56]).

E. 20

Der beratende Zahnarzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. dent. P.____, führte in seiner Stellungnahme vom 2. August 2012 (Urk. 13/ M 69)

zur Kausalitätsfrage zusammengefasst aus, dass der Verlust der Unterkieferzähne, die Insuffizienz der Unterkieferprothese und die Sanierung des Oberkiefers weder wahrscheinlich noch möglicherweise in einem kausalen Zusammenhang zum Ereignis vom 28. April 2010 stünden. 3 . 2 1

Der die Beschwerdeführerin ab Sommer 2012 schmerzmedizinisch behandelnde Dr. med. Q.____, Facharzt für Chirurgie, Leitender Arzt Schmerz- und Komplementärmedizin Spital R.____, stellte im Bericht vom 12. September 2012 (Urk. 13 / M70) die folgenden Diagnosen: - Chronifiziertes Schmerzsyndrom Bein rechts und Schulter links bei Status nach Polytrauma am 28. April 2010 mit - Unterschenkel-Zwei-Etagen-Fraktur rechts mit Osteosynthese und Entfernung des Osteosynthesematerials (OSME) - Claviculafraktur links mit Osteosynthese und OSME - Schädelbasisfraktur - Nacken-Kopfschmerzen im Sinne eines Spannungskopfschmerzes - Posttraumatische Belastungsstörung

Er ging davon aus, dass persistierende organische Defizite beziehungsweise pathologische anatomische Ursachen wahrscheinlich nur untergeordnet an der Schmerzerhaltung beteiligt

sein.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.